-阿尔及利亚民主人民共和国-

省份：……

基层公共卫生机构：……

-普通/特殊健康证明-

本人签名医生……..，证明已对下列人员进行体检：
姓名：……
出生日期和地点：……于……
申请人身份：申请……..职位

体检未发现以下疾病的任何迹象：

- 传染病
- 癌性肿瘤
- 身体瘫痪
- 严重儿童疾病（如未成年）
- 肺部疾病
- 肺结核

本证明出具于：……

日期：……..

医生签名和机构盖章

x